

ALLEGATO D

"MODULO - MODALITA' DI PAGAMENTO"

Allegato D

**"Modulo P" per Persone Giuridiche Private/Ditte Individuali
Da restituire firmato all'indirizzo indicato nel modulo**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 DPR 445/2000)

A) CLASSIFICAZIONE GIURIDICA (indicare il codice di elenco riportato in allegato)						CODICE		
B) DATI FISCALI								
DENOMINAZIONE (come da certificato di iscrizione al Registro delle Imprese o da atto costitutivo/statuto)								
SEDE LEGALE (VIA, NUMERO CIVICO E FRAZIONE)					COMUNE			
CAP.		PROV.		CODICE FISCALE		PARTITA IVA		N. ISCRIZIONE R.E.A.
INDIRIZZO PEC								
B1) STATO ATTIVITA' (VEDI nota 1)				ATTIVA DAL		SEGNALAZIONI PARTICOLARI (es. in liquidazione dal, ecc.)		
B2) LEGALE		COGNOME E NOME				CODICE FISCALE		
RAPPRESENTANTE che sottoscrive il modulo		IN QUALITA' DI (es. amm.re unico, presidente cons. di amm.ne, titolare, ecc.)						
SOLO PER LE DITTE INDIVIDUALI				LUOGO E DATA DI NASCITA DEL TITOLARE				
SOLO PER GLI ISTITUTI DI CREDITO				CODICE ABI		CODICE CAB		

Nota 1 - Indicare la data di inizio dell'attività e/o situazioni particolari come risultanti dal certificato di iscrizione alla CCIAA.

chiede che al pagamento di quanto dovuto dall'Amministrazione Regionale si provveda mediante

C) MODALITA' DI PAGAMENTO

<input type="checkbox"/>	versamento in contanti con quietanza diretta di (nome, titolarità, data e luogo di nascita della persona che si presenterà all'incasso). Si precisa che non si possono effettuare pagamenti uguali o superiori a € 1000,00 ai sensi della L. 214/2011)							
<input type="checkbox"/>	assegno di traenza non trasferibile intestato al creditore (fino a € 999,00 e solo per persone fisiche) da inviare all'indirizzo sopra indicato da inviare al seguente indirizzo (indicare indirizzo se diverso da quello sopra indicato)							
<input type="checkbox"/>	accreditamento sul c/c bancario o Banco Posta intestato al creditore (VEDI nota 2)							
ISTITUTO DI CREDITO				AGENZIA				
PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE			
<input type="checkbox"/>	versamento sul c/c postale intestato al creditore							
NUMERO								

Nota 2 - Per accrediti presso banche diverse dall'Istituto di Credito Tesoriere della Regione Emilia-Romagna (Unicredit S.p.A., Banca Popolare dell'Emilia-Romagna S.c.r.l., Banca Popolare di Verona - S. Gemignano e S. Prospero S.P.A.) e d'importo superiore a € 5.000,00 saranno applicate dal Tesoriere € 7,00 di commissione.

INDICARE UN NOMINATIVO CUI RIVOLGERSI PER EVENTUALI CHIARIMENTI	
COGNOME E NOME	
TELEFONO/CELLULARE	INDIRIZZO E-MAIL

Si fa riserva di revocare in qualsiasi momento la volontà espressa con la presente o di apportare alla medesima le variazioni opportune, mediante tempestiva comunicazione scritta indirizzata a codesta Amministrazione.

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 - i dati sopraindicati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati dalla Regione Emilia-Romagna anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o autorizzati, esclusivamente per tale scopo. Responsabile del trattamento è il Direttore Generale alle Risorse Finanziarie e Patrimonio - Regione Emilia-Romagna Viale A. Moro, 18 - 40127 Bologna.

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che i dati forniti rispondono a verità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000).

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'
(qualora la firma non venga apposta in presenza del dipendente - ricevente)

DOCUMENTI DA ALLEGARE	
Associazioni e Istituzioni	
<input type="checkbox"/> Copia statuto o atto costitutivo	

Da compilare a cura dell'Ufficio Regionale

Si prega di restituire il presente modulo compilato al seguente indirizzo:	REGIONE EMILIA-ROMAGNA
	c.a. Sig./Sig.a _____
	Servizio _____
	e mail: _____@regione.emilia-romagna.it
	PEC _____